

Satysfakcja z życia i samopoczucie słuchaczy Uniwersytetu III Wieku

Life satisfaction and fettle of students of the University of the Third Age

Anna Majda¹, Karolina Walas¹, Katarzyna Gajda²

¹ Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa Wydziału Nauk o Zdrowiu UJ CM w Krakowie
² Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Anna Majda
Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa
Wydział Nauk o Zdrowiu UJ CM
ul. Michałowskiego 12
31-126 Kraków
tel. (012) 634-33-93
e-mail: majdanna@poczta.onet.pl

STRESZCZENIE

Satysfakcja z życia i samopoczucie słuchaczy Uniwersytetu III Wieku

Wstęp. Starość jest obecnie w kręgu zainteresowań wielu dyscyplin naukowych, z powodu tego, iż żyjemy w społeczeństwie starzejącym się. Dużą rolę przypisuje się podwyższaniu satysfakcji z życia w starości. Tworzone są Uniwersytety III Wieku, które dają możliwość ciekawego sposobu spędzania czasu wolnego i stwarzają warunki do rozwoju osobistego ludzi starszych.

Cel pracy. Celem pracy była ocena satysfakcji z życia i samopoczucia słuchaczy Uniwersytetu III Wieku.

Materiał i metodyka. Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego i metodą szacowania. Materiał zebrano za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety oraz wystandaryzowanych narzędzi: Skali Satysfakcji z Życia (E. Diener, R. A. Emmons, R. J. Larson i S. Griffin zaadaptowanej przez Z. Juczyńskiego) i Geriatrycznej Skali Oceny Depresji (J. A. Yesavage, T. L. Brink, T. L. Rose, O. Lum, V. Huang, M. Adey, O. Leier). Badaniem w okresie od lutego do kwietnia 2012 roku objęto 136 słuchaczy Uniwersytetów III Wieku działających w Krakowie.

Wyniki. Słuchacze Uniwersytetu III Wieku posiadają satysfakcję z życia na granicy poziomu wysokiego i przeciętnego. Analiza statystyczna wykazała dodatnią korelację między poczuciem satysfakcji z życia a zadowoleniem z dzieci, małżeństwa, stanu zdrowia oraz warunków życia. Najwyższą satysfakcję z życia wykazali mieszkańcy małych miast. Samopoczucie psychiczne mierzone Geriatryczną Skalą Oceny Depresji było u większości badanych prawidłowe.

Wnioski. Należy zachęcać osoby starsze do uczestnictwa w zajęciach Uniwersytetu III Wieku, pielęgnowania bliskich więzi z rodziną i znajomymi oraz dbania o zdrowie.

Słowa kluczowe: satysfakcja z życia, samopoczucie, Uniwersytety III Wieku, starość

ABSTRACT

Life satisfaction and fettle of students of the University of the Third Age

Introduction. Old age is of interest to many scientific disciplines because we live in an aging society. An important role is attributed to increasing life satisfaction with life in old age. Universities of the Third Age are created to provide a potential for an interesting way of spending leisure time and conditions for the development of the elderly.

Aim. The study aim is to assess the satisfaction with life and wellbeing of students of the University of the Third Age.

Material and methods. The study was performed using a diagnostic survey and estimation method. The material was collected using an author's questionnaire and standardized tools: Satisfaction With Life Scale (E. Diener, R. A. Emmons, R. J. Larson and S. Griffin, adapted by Z. Juczyński) and the Geriatric Depression Rating Scale (J. A. Yesavage, T. L. Brink, T. L. Rose, O. Lum, V. Huang, M. Adey, O. Leier). The study included 136 students of the University of the Third Age in Krakow from February to April 2012.

Results. Students of the University of the Third Age have satisfaction with life on a high-to-average level. Statistical analysis showed a positive correlation between the feeling of life satisfaction and satisfaction with children, marriage, health and living conditions. Residents of small towns showed the highest satisfaction with life. Mental health was normal in most subjects.

Conclusions. Older people should be encouraged to participate in the activities of the University of the Third Age, cultivate close ties with family and take care of their health.

Key words: satisfaction with life, wellbeing, University of Third Age, old age

WPROWADZENIE

Przemiany demograficzne obserwowane w Polsce wyraźnie wskazują, że nasz kraj znalazł się na etapie, tzw. drugiego przejścia demograficznego. Proces ten charakteryzuje się spadkiem płodności, opóźnieniem zawierania małżeństw i prokreacji, zmianami modelu rodziny. Polega on również na spadku umieralności osób w wieku produkcyjnym i zmniejszeniu się umieralności niemowląt. Wielu autorów podkreśla, że taka sytuacja jest efektem nawastwiających się w końcu XX wieku przemian technologicznych, ekonomicznych, kulturowych i społecznych, przebiegających na różnych poziomach życia społecznego [1]. Sytuacja ta prowadzi do starzenia się populacji na świecie i w Polsce [2]. Tempo starzenia się społeczeństw w krajach rozwijających się jest gwałtowniejsze niż w krajach rozwiniętych, ponieważ te drugie już od pewnego czasu wdrażają rozwiązania mające na celu nie tylko łagodzenie skutków tego procesu, ale i przeciwdziałanie mu [3].

Okres, kiedy człowiek przechodzi na emeryturę w większości przypadków okazuje się przełomowym okresem w życiu. Wiąże się to głównie z przystosowaniem do większej ilości czasu wolnego, przyjęciem perspektywy zmniejszonych dochodów oraz zmniejszeniem kontaktów interpersonalnych. Aby poradzić sobie z nową sytuacją należy podejmować odpowiednie role, które będzie się pełniło w ostatniej fazie życia. Podejmowane rolę powinny być wybierane w taki sposób, aby w konsekwencji prowadziły do zwiększania satysfakcji czerpanej z życia. Im bardziej przypisane role będą użyteczne społecznie i ich sens będzie dostrzegalny przez innych, tym bardziej będą one pełnić funkcję wzmacniacza dla zadowolenia z życia na emeryturze.

Wraz ze starzeniem się społeczeństwa, problem zaburzeń nastroju staje się coraz bardziej istotny. Wiele osób ocenia obniżone samopoczucie jako normalną reakcję organizmu na pogarszające się somatyczne, psychiczne i społeczne funkcjonowanie [4]. Obraz depresji osób w wieku podeszłym jest nieco odmienny. Odmienność ta nie wynika jednak z obecności innych objawów lecz z większego nasilenia niektórych z nich. Samotność ludzi w podeszłym wieku może być czynnikiem wywołującym depresję, zaś tym co chroni przed nią to podejmowanie różnych aktywności, wsparcie rodziny, znajomych [5, 6, 7, 8, 9, 10].

Główne zadania współczesnej gerontologii powinny skupiać się wokół odbudowywania autorytetu oraz pokazywania właściwej roli osób starszych w rodzinie i społeczeństwie, ulepszania ich zdrowia i sprawności, zwiększania aktywności społecznej i kulturalnej [11].

M. Dzięgielewska podzieliła aktywność na trzy rodzaje [12]:

- formalną – podejmowanie działalności w polityce, stowarzyszeniach, wolontariat;
- nieformalną – utrzymywanie kontaktów z rodziną, przyjaciółmi, sąsiadami, znajomymi;
- samotniczą – oglądanie telewizji, rozwijanie zainteresowań, czytanie.

Kiedy mówi się o społecznym zaangażowaniu ludzi starych, to w pierwszej kolejności wymieniane są Uniwersytety Trzeciego Wieku (UTW) lub też inne stowarzyszenia czy organizacje tworzone przez ludzi w podeszłym wieku, współpracujące z nimi i dla nich działające. Upowszech-

niają one i realizują, m.in. ideę edukacji ustawicznej, czyli edukacji przez całe życie, także w wieku starszym. Sprzyjają zachowaniu sprawności intelektualnej i fizycznej osób starszych. Angażują ludzi starych w działania społeczne, co w konsekwencji zapobiega marginalizacji tych osób w życiu publicznym. Przyczyniają się również do zmiany postrzegania starości jako okresu bezradności i bierności społecznej [5,13].

Pierwszy Uniwersytet Trzeciego Wieku został utworzony we Francji (1973 rok) przez profesora Pierre Vellasa przy uniwersytecie w Tuluzie. Dwa lata później powstała jedna z organizacji działających na rzecz ludzi starszych o nazwie Association International des Universites du Traisem Age (AIUTA). Taki uniwersytet w Polsce w 1975 roku w Warszawie utworzyła Halina Szwarcz. Obecnie w naszym kraju działa około 130 UTW, do których uczęszcza ponad 35 tysięcy słuchaczy. Najliczniejszą grupę słuchaczy (ponad 1800) posiada Uniwersytet Trzeciego Wieku w Krakowie działający przy Uniwersytecie Jagiellońskim [14]. W Polsce istnieją trzy typy Uniwersytetów Trzeciego Wieku: działające pod patronatem wyższej uczelni, przy stowarzyszeniach prowadzących działalność popularnonaukową, oraz przy domach kultury, bibliotekach, domach dziennego pobytu, ośrodkach pomocy społecznej [15].

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy było podjęcie próby oceny satysfakcji z życia oraz samopoczucia słuchaczy Uniwersytetu III Wieku.

W pracy postawiono następujące problemy badawcze:

1. Jak kształtuje się satysfakcja z życia w badanej grupie?
2. Jaka jest zależność między satysfakcją z życia a zmiennymi socjodemograficznymi wśród słuchaczy Uniwersytetu III Wieku?
3. Jak życie rodzinne i towarzyskie wpływa na satysfakcję z życia wśród słuchaczy Uniwersytetu III Wieku?
4. Jak choroby somatyczne wpływają na zadowolenie z życia badanej grupy?
5. Jak organizacja czasu wolnego wpływa na zadowolenie z życia badanej grupy?
6. Jak kształtuje się samopoczucie psychiczne badanej grupy?
7. Jak samopoczucie psychiczne wpływa na satysfakcję z życia wśród słuchaczy Uniwersytetu III Wieku?

MATERIAŁ I METODYKA

Badania przeprowadzono w okresie od lutego do kwietnia 2012 roku na Uniwersytetach III Wieku działających w Krakowie przy Uniwersytecie Ekonomicznym, Uniwersytecie Rolniczym, Collegium Ignatianum i Uniwersytecie Papieskim Jana Pawła II. Wzięło w nich udział 136 słuchaczy losowo wybranych. Jedynym kryterium doboru było uczestnictwo w zajęciach tychże Uniwersytetów. Udział w badaniu był anonimowy, a uczestnicy zostali poinformowani o celu i sposobie wypełniania narzędzi badawczych. Rozdanych zostało 168 kwestionariuszy i skal, a 157 zostało zwróconych. Interpretacji poddano 136 formularzy, pozostałe ze względu na niekompletność danych zostały wykluczone z analizy.

Badania wykonano metodą sondażu diagnostycznego i metodą szacowania, w oparciu o technikę ankietową i technikę skali ocen [16, 17].

Wykorzystano kwestionariusz ankiety własnego autorstwa składający się z dwóch części. W pierwszej części zadano pytania dotyczące życia rodzinnego i towarzyskiego, chorób i przyjmowanych leków, form spędzania czasu wolnego, pracy zarobkowej, wieku, płci, stanu cywilnego, miejsca zamieszkania i wykształcenia. W drugiej części poproszono o ocenę stopnia zadowolenia z poszczególnych aspektów życia za pomocą skali od 1 do 5, gdzie 1 oznaczało duże zadowolenie a 5 – duże niezadowolenie.

Użyto następujących wystandaryzowanych skal: Skali Satysfakcji z Życia (SWLS) oraz Geriatrycznej Skali Oceny Depresji.

Analizy statystycznej dokonano za pomocą wartości średniej (*M*, *medium*) i odchylenia standardowego (*SD*, *standard deviation*), liczności i odsetka. Szacowanie różnic dokonano za pomocą analizy wariancji (ANOVA). Do obliczeń zastosowano również korelacje Spearmana, test t-studenta, analizę post-hoc: test NIR, test U Manna-Whitney'a. Obliczenia statystyczne wykonane zostały za pomocą programu Statistica 10 [18].

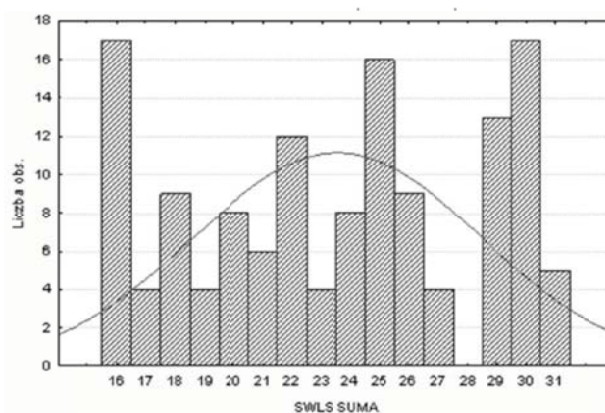
WYNIKI

W badaniach wzięło udział 136 słuchaczy Uniwersytetu III Wieku. Wśród badanych było 109 kobiet i 27 mężczyzn w wieku od 60 do 76 lat. Ponad połowę (59%) stanowiły osoby w wieku 62–68 lat. Najmniej badanych było w wieku 76 lat (2%). Wśród ankietowanych prawie połowa badanych (49%) była w związku małżeńskim. Również dużą grupę stanowiły/-li wdowy/wdowcy (39%). W grupie badanych 7% stanowiły osoby w wolnych związkach, 3% panny i kawalerowie, pozostałe 2% osoby po rozwodzie. Najwięcej badanych mieszkało w dużych miastach – 112 osób. Małe miasta zamieszkiwało 12 osób, średnie miasta 11 osób. Na wsi mieszkała tylko 1 osoba. Wśród badanych największą grupę stanowiły osoby z wykształceniem wyższym (54%). Kolejną grupą były osoby ze średnim wykształceniem (40%). Wykształcenie zawodowe posiadało 6% badanych. Nikt z badanych nie miał wykształcenia podstawowego. Zdecydowana większość badanych, bo aż 130 osób nie podejmowała pracy zarobkowej. Zaledwie 6 osób pracowało zarobkowo.

Rozkład wyników Skali Satysfakcji z Życia (SWLS) był bardzo zróżnicowany. Średni wynik SWLS dla badanej grupy wyniósł 23,50 pkt., co oznaczało, że poziom satysfakcji z życia znajdował się na granicy przeciętnego i wysokiego zadowolenia z życia (ryc. 1).

Analizie poddano poszczególne stwierdzenia Skali Satysfakcji z Życia, do których ustosunkowali się badani. Osoby, które nie zgadzały się ze stwierdzeniem, że ich życie zbliżone jest do ideału stanowiły 22%. Badanych, którzy uważali swoje życie za idealne było 41%. Niewiele, bo 16% badanych nie zgodziło się ze stwierdzeniem, że warunki ich życia są doskonałe. Warunki życia za doskonałe, oceniło 51% ankietowanych. Tylko 6% badanych nie było zadowolonych ze swojego życia. Zdecydowana większość uważała się za zadowolonych z życia (81%). Ponad połowa ankietowanych (58%) osiągnęła w życiu najważniejsze rze-

czy, które chciała. Badani, którzy nie osiągnęli w życiu najważniejszych rzeczy, które zamierzali stanowili 18%. Nieco ponad połowa badanych (54%) nie zmieniłaby nic w dotychczasowym życiu. Natomiast 32% badanych dokonałaby zmian w swoim dotychczasowym życiu.



■ Ryc. 1. Rozkład wyników Skali Satysfakcji z Życia

W kwestionariuszu ankiety własnego autorstwa zapytano zatem badanych, co zmieniliby w dotychczasowym swoim życiu. Najczęściej podawanymi odpowiedziami były: nic bym nie zmienił/a (45 osób), rozpoczął/ęła bym studia wyższe (28 osób), poświęcił/a bym więcej czasu bliskim (21 osób), posiadał/a bym więcej dzieci (20 osób) (ryc. 2).



■ Ryc. 2. Zmiany w dotychczasowym życiu, których dokonałby badani

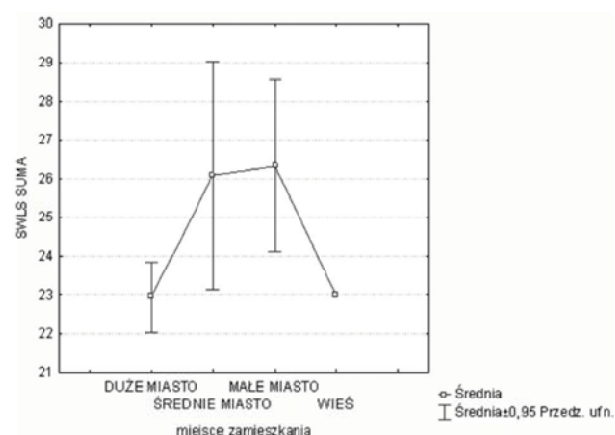
Odnotowano istotne statystycznie korelacje zarówno parametryczne jak i nieparametryczne pomiędzy skalą SWLS a II częścią ankiety. Osoby zadowolone z życia oceniały także wysoko swoje zadowolenie z dzieci ($p=0,00$), małżeństwa ($p=0,00$), stanu zdrowia ($p=0,00$) oraz warunków życia ($p=0,01$). Można zatem podejrzewać, że były to najistotniejsze czynniki wpływające na jakość życia. Nie było istotnych zależności pomiędzy skalą SWLS a pozycją społeczną ($p=0,38$) oraz wysokością dochodów ($p=0,16$) (tab. 1).

Wykazano istotne różnice pomiędzy wynikami w skali SWLS a miejscem zamieszkania badanych ($p=0,02$). Test NIR wykazał, że osoby mieszkające w dużych miastach ($M=22,95$) i na wsi ($M=23,00$) miały istotnie niższe wyniki w skali SWLS niż osoby mieszkające w średnich miastach ($M=26,09$) i małych miastach ($M=26,33$). Najwyższe wy-

niki w skali SWLS miały osoby żyjące w małych miastach (ryc. 3).

■ Tab. 1. Korelacje porządku rang Spearmana pomiędzy skalą SWLS a zadowoleniem badanych z poszczególnych aspektów życia

Zaznaczone korelacje są istotne $p,05$				
	Liczba badanych (N)	M	SD	p – wartość
SWLS SUMA		23,50	4,85	
z dzieci	136	4,16	1,38	0,00
SWLS SUMA		23,50	4,85	
z małżeństwa	136	4,26	0,91	0,00
SWLS SUMA		23,50	4,85	
z domu/mieszkania	136	4,65	0,49	0,08
SWLS SUMA		23,50	4,85	
ze stanu zdrowia	136	3,47	1,12	0,00
SWLS SUMA		23,50	4,85	
z pozycji społecznej	136	3,82	1,02	0,38
SWLS SUMA		23,50	4,85	
z warunków życia	136	3,72	0,60	0,01
SWLS SUMA		23,50	4,85	
z dochodów	136	2,70	1,16	0,16



*Liczba odpowiedzi nie sumuje się do liczby badanych, gdyż ankietowali mogli udzielać więcej niż jednej odpowiedzi

■ Ryc. 3. Satysfakcja z życia (SWLS) a miejsce zamieszkania badanych

Nie odnotowano natomiast istotnych korelacji pomiędzy wynikiem w skali SWLS a płcią, wiekiem ($p=0,64$) i wykształceniem badanych ($p=0,15$), jak również częstotliwością spotkań z rodziną ($p=0,88$).

Badanych zapytano, czy uważają swoje życie rodzinne za udane. Badani uważali swoje życie rodzinne za udane w 48% bądź po części udane w 45%. Tylko 7% badanych uważało swoje życie rodzinne za nieudane. Osoby, które miały udane życie rodzinne, miały istotnie wyższe wyniki w skali SWLS ($M=25,03$) niż pozostałe osoby, które miały życie rodzinne udane częściowo ($M=21,95$) lub nieudane ($M=22,78$). Były istotne zależności pomiędzy skalą SWLS a życiem rodzinnym ($p=0,00$) (tab. 2). Badanych zapytano o posiadanie przyjaciół, z którymi utrzymują kontakt, spotykają się. Wszyscy ankietowani zadeklarowali, że takich przyjaciół posiadają.

W kwestionariuszu własnego autorstwa zadano badanym pytanie czy chorują, a jeżeli tak to na jakie choroby. Większość badanych (72%) odpowiedziało „TAK”. Pozo-

stałe 28% deklaroowało, że nie chorują. Brak było istotnych statystycznie różnic w wysokości satysfakcji życia pomiędzy osobami, które chorowały bądź nie ($p=0,84$). Badanych zapytano o schorzenia na które cierpią. Najczęstszymi chorobami były: nadciśnienie tętnicze ($N=45$), cukrzyca ($N=27$), miażdżyca ($N=18$), osteoporoza ($N=16$) oraz astma ($N=13$). Liczba chorób korelowała ujemnie z wynikami skali SWLS ($p=0,20$).

■ Tab. 2. Wyniki testu ANOVA dla grup utworzonych ze względu na zadowolenie z życia rodzinnego wśród badanych

	Zadowolenie z życia rodzinnego			p - wartość
	tak	po części udane	nie	
Liczba badanych (N)	66	61	9	0,00
Średnia satysfakcja z życia	25,03	21,95	22,78	

Ankietowanych zapytano o formy spędzania czasu wolnego. Najbardziej popularnymi formami spędzania czasu wolnego było oglądanie telewizji, słuchanie radia, praktyki religijne, spacer – takie formy aktywności deklaroowały 74 osoby. Również popularnymi formami aktywności było: czytanie ($N=69$), życie rodzinne ($N=68$), podróże ($N=53$), życie towarzyskie ($N=44$), działka i ogródek ($N=40$), sen i drzemka ($N=36$). Mniej popularne były zajęcia ruchowe ($N=34$) czy wolontariat ($N=19$). Średnio w badanej grupie deklarowano 5 form spędzania czasu wolnego. Nie wykazano statystycznie istotnej zależności pomiędzy sposobem spędzania czasu wolnego a satysfakcją z życia ($p=0,22$).

Zdecydowanie ponad połowa badanych (67%) nie należała do organizacji społecznych. Pozostała część badanych należała do stowarzyszeń religijnych (20%), zawodowych (9%), organów samorządowych (3%), koła gospodyń wiejskich, partii politycznych po 1% badanych. Brak było istotnych różnic w skali SWLS pomiędzy osobami, które należały do różnego typu organizacji społecznych i tymi, które do nich nie należały ($p=0,75$).

Średni wynik Geriatrycznej Skali Oceny Depresji, badającej samopoczucie psychiczne słuchaczy to 12,44 pkt. Nikt z badanych nie otrzymał mniej niż 5 punktów, czyli nikt nie chorował na depresję w stopniu ciężkim. Poza tym 28 osób było w stanie depresji umiarkowanej, a 108 osób miało wyniki prawidłowe.

Według korelacji Spearmana satysfakcja z życia (Skala Satysfakcji z Życia) nie korelowała istotnie z samopoczuciem psychicznym (Geriatryczna Skala Oceny Depresji). Istotna statystycznie korelacja dotyczyła skali depresji i pytania nr 1, 3 i 4 w skali SWLS. Im wyższe wyniki otrzymały osoby w Geriatrycznej Skali Oceny Depresji, tym częściej sądziły, że pod wieloma względami ich życie jest zbliżone do ideału (pytanie nr 1), byli bardziej zadowoleni z życia (pytanie nr 3) i częściej twierdzili, że w życiu osiągnęli najważniejsze rzeczy, które chcieli (pytanie nr 4). Im lepsze samopoczucie psychiczne miały osoby badane, tym wyższe wyniki uzyskiwały w skali SWLS. Samopoczucie psychiczne miało wpływ na satysfakcję z życia. Była to jednak zależność nieistotna statystycznie, aczkolwiek poziom prawdopodobieństwa był bardzo wysoki (93%) ($R=0,16$; $p=0,07$).

DYSKUSJA

Literatura przedstawia prowadzone od dawna badania, dotyczące warunków udanego życia i satysfakcji życiowej. W Polsce przeprowadzają takie badania zarówno ośrodki naukowo-dydaktyczne, uczelnie, jak również instytucje, takie jak: CBOS, OBOP, GUS.

W badanej grupie słuchaczy Uniwersytetu III Wieku średnia wartość satysfakcji z życia ukształtowała się na granicy przeciętnej i wysokiej satysfakcji z życia, wynosząc w Skali Satysfakcji z Życia (SWLS) 23,50 pkt. Wynik ten był niewiele niższy niż średni wynik podany przez Z. Juczyńskiego dla osób starszych (badania na populacji amerykańskiej osób starszych), który wynosił 24,40 pkt. [19]. Różnice pomiędzy satysfakcją z życia w populacji osób starszych w Polsce i Ameryce mogą wynikać z różnic w standardzie życia i rozwoju polityki emerytalnej. W badaniach V. Jachimowicz i T. Kostki na 50 słuchaczach UTW i 50 mieszkańcach Domu Kombatan i Emeryta (DKiE) satysfakcja z życia kształtowała się w obu grupach na poziomie przeciętnym. Odpowiednio grupy te uzyskały wyniki SWLS – 20,60 pkt. i 21,50 pkt., co stanowiło niższy wynik zadowolenia z życia niż uzyskany w badaniach autorskich (23,50 pkt.). W badaniach V. Jachimowicz i T. Kostki nie wystąpiły znamienne różnice pomiędzy poziomem zadowolenia z życia aktywnych życiowo słuchaczy UTW, a charakteryzujących się mniejszą aktywnością mieszkańcami DKiE. Porównując jednak wynik SWLS – 23,50 słuchaczy UTW w powyższej pracy, a wynik SWLS – 21,50 mieszkańców DKiE w badaniach V. Jachimowicz i T. Kostki, widoczna jest różnica w poziomie zadowolenia z życia między tymi dwoma grupami osób starszych [20].

W przeprowadzonych badaniach płeć nie miała istotnego wpływu na poziom zadowolenia z życia. Wyniki badań CBOS na temat satysfakcji życiowej Polaków przeprowadzone w grudniu 2004 roku dowiodły jednak, że zadowoleni z życia częściej bywają mężczyźni (66%) niż kobiety (59%) [21].

Analiza przeprowadzonych badań, podobnie jak wyniki badań V. Jachimowicz i T. Kostki, nie wykazała istotnej zależności pomiędzy poziomem SWLS a wiekiem badanych [20].

Wyniki badań w powyższej pracy nie wskazały na istnienie zależności pomiędzy wykształceniem a poziomem satysfakcji z życia. Badania M. Halickiej wskazują jednak, iż wyższym zadowoleniem z życia cechują się osoby z wykształceniem wyższym. Wyższy poziom wykształcenia koreluje z wyższymi parametrami jakości życia i odwrotnie [22]. Inaczej przemawiają badania V. Jachimowicz i T. Kostki, w których stwierdzono, że słuchacze UTW o wyższym poziomie wykształcenia wykazują niższy poziom zadowolenia z życia. Ich zdaniem osoby wykształcone są zazwyczaj aktywne zawodowo i przejście na emeryturę może wywołać poczucie bezużyteczności, spadek samooceny [20].

Z przeprowadzonych badań wynika, iż osoby mieszkające w średnich i małych miastach mają wyższy poziom satysfakcji z życia, niż badani mieszkający w dużych miastach i na wsi. Inne badania, przeprowadzone przez M. Halicką są przeciwstawne do powyższych wyników. Według tej autorki, w porównaniu z życiem w dużym mieście, eg-

zystencja w małym mieście przesądza o tym, że człowiek jest niezadowolony ze swojego życia [22].

Badania dotyczące satysfakcji życiowej dotyczą z reguły hierarchii najbardziej cenionych wartości. Z tego powodu badani zostali zapytani o zadowolenie z poszczególnych aspektów życia. O poziom satysfakcji z podobnych sfer życia zostały zapytane również osoby starsze w badaniu CBOS-u z 2010 roku. W obu badaniach odpowiedzi ankietowanych świadczyły o tym, że poszczególne sfery życia w bardzo różnym stopniu dostarczają im satysfakcji. W obu grupach osoby starsze czerpały dużą satysfakcję z małżeństwa i własnych dzieci. Podobnie najmniej zadowoleni byli ze swojego stanu zdrowia i dochodów.

Rodzina jest bardzo ważnym wyznacznikiem satysfakcji życiowej w późnej dorosłości. Z przeprowadzonych badań wynika, że słuchacze UTW, którzy mieli udane życie rodzinne uzyskali istotnie wyższe wyniki w Skali Satysfakcji z Życia niż osoby, które miały po części udane życie rodzinne lub zupełnie nieudane. Wyniki te potwierdzają, że ważnym determinantem satysfakcji z życia jest rodzina. Z doniesień wynika, że osoby starsze mieszkające z rodziną odznaczają się wyższym poziomem jakości życia niż pensjonariusze domu pomocy społecznej [23].

Choroby somatyczne, pomimo iż występowały u 72% badanych słuchaczy UTW nie korelowały w sposób istotny z poziomem satysfakcji z życia. Podobnie liczba chorób nie wpływała w sposób istotny statystycznie na zadowolenie z życia. Również w przypadku badań przeprowadzonych przez V. Jachimowicz i T. Kostkę choroby nie wpływały w sposób istotny na satysfakcję z życia [20]. Wynikać to może z faktu, iż choroba przewlekła modyfikuje sposób oceny życia, wiele dolegliwości chorobowych bywa z przyzwyczajenia minimalizowane, a istotne stają się inne wartości.

W chwili przejścia na emeryturę pojawia się zagrożenie, że w życie wkradnie się nuda i pustka. Aby temu zapobiec, należy robić wszystko, żeby życie było ciekawsze. Badani słuchacze UTW deklarowali średnio 5 form spędzania czasu wolnego. Wśród nich największą popularnością cieszyły się oglądanie telewizji, słuchanie radia, praktyki religijne, spacer, czytanie, życie rodzinne i towarzyskie, działka i ogródek. Nie wykazano statystycznie istotnej zależności pomiędzy organizacją czasu wolnego a satysfakcją z życia, badania jednak dowodzą, iż aktywność życiowa wpływa dodatkowo na poziom zadowoleniem z życia. Edukacja permanentna przez wszechstronną aktywność daje życiu sens, motywuje do działania w kontekście cieszenia się z życia [24]. M. Kaczmarczyk i E. Trafiałek zwracają uwagę, że zwiększenie aktywności starszych osób zapobiega samotności i izolacji, a także umożliwia utrzymanie niezależności do późnych lat [25].

Wśród słuchaczy Uniwersytetu III Wieku samopoczucie, badane pod kątem depresji za pomocą Geriatrycznej Skali Oceny Depresji było prawidłowe. Większość badanych nie ujawniała cech depresji (79%). Badania R. Kaczorowskiego i E. Jundziłł-Bieniek za pomocą tej samej skali wykazały, iż największy odsetek osób z cechami zaburzeń depresyjnych występował w Domach Pomocy Społecznej (33%), a następnie w środowisku szpitalnym (30%). Najmniejszą liczbę osób z cechami depresji odnotowano wśród słuchaczy Uniwersytetu III Wieku (19%) [8]. Inne

badania dotyczące zaburzeń depresyjnych u osób w podeszłym wieku w zależności od aktywności życiowej zostały przeprowadzone w grupie słuchaczy Uniwersytetu III Wieku, które nie uczestniczyły w różnego rodzaju formach zajęć. W grupie słuchaczy UTW zdecydowana większość badanych nie wykazywała żadnych cech depresyjnych, natomiast w grupie kontrolnej znalazło się dużo mniej osób z dobrym samopoczuciem psychicznym – nieco powyżej połowa badanych. Autorzy wyciągnęli wniosek, że słuchacze UTW byli w dużo lepszej kondycji psychicznej niż pozostała grupa starszych osób [4].

W badaniach autorskich porównano wyniki uzyskane w Skali Satysfakcji z Życia i wyniki Geriatrycznej Skali Oceny Depresji. Samopoczucie psychiczne miało wpływ na satysfakcję z życia. Była to jednak zależność nieistotna statystycznie, aczkolwiek poziom jej prawdopodobieństwa był wysoki. Im wyższe wyniki otrzymały osoby w Geriatrycznej Skali Oceny Depresji, czyli im lepsze miały samopoczucie tym wyższe wyniki uzyskiwały w Skali Satysfakcji z Życia. Badania V. Jachimowicz i T. Kostki dowodzą, iż istotnym czynnikiem wpływającym na satysfakcję z życia jest depresja. W badanej przez nich grupie objawy depresyjne wywoływały obniżenie wyniku w skali SWLS. Objawy depresji utrudniają codzienne funkcjonowanie, zwiększają ryzyko wystąpienia chorób i śmiertelności [20].

WNIOSKI

Otrzymane wyniki badań wskazują na potrzebę:

1. Oferowania osobom starszym, jeżeli tylko pozwala na to ich stan zdrowia, uczestnictwa w zajęciach Uniwersytetu III Wieku.
2. Pielęgnowania przez osoby starsze bliskich więzi z rodziną i znajomymi.
3. Zachęcania osób starszych do dbania o zdrowie.

PIŚMIENNICTWO

1. Hryniewicz J. Los starca zależy od kontekstu społecznego – wprowadzenie. [w:] Hryniewicz J, red. O sytuacji ludzi starszych. Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa; 2010: 7-18.
2. Zielińska B. Uniwersytety Trzeciego Wieku jako instytucje przeciwdziałające marginalizacji osób starszych 2007. Dostępny pod adresem www.sbc.org.pl/Content/7028/doktorat2757.pdf, dostęp: 15.03.2012.
3. Szukalski P. Przemiany umieralności a częstość posiadania najbliższych krewnych przez polskich seniorów. Gerontologia Polska. 2006; 14(1): 9-17.
4. Orzechowska A, Wysockiński A, Przybylska B i wsp. Zaburzenia depresyjne u osób w podeszłym wieku w zależności od aktywności życiowej. Pol Merkuriusz Lekarski. 2008; 150: 503-506.

5. Grzanka-Tykwirńska A, Kędziora-Kornatowska K. Znaczenie wybranych form aktywności w życiu osób w podeszłym wieku. Gerontologia Polska. 2010; 18, 1: 29-32.
6. Turczyński J, Bilikiewicz A. Depresja u osób w podeszłym wieku. Psychiatria w praktyce ogólnolekarskiej. 2002; 2(2): 99-107.
7. Dobrzyńska E, Rymaszewska J, Kiejna A. Depresja u osób w wieku podeszłym. Psychogeriatrics Polska. 2007; 4(1): 51-60.
8. Koczorowski R, Jundziłł-Bieniek E. Środowiskowe uwarunkowania zaburzeń psychopatologicznych u osób powyżej 65 roku. Protetyka Stomatologiczna. 2010; 3: 162-169.
9. Gabriel Z, Bowling A. Quality of life from the perspectives of older people. Ageing & Society. 2004; 24: 675-691.
10. Arai A, Ishida K, Tomimori M et al. Association between lifestyle activity and depressed mood among home-dwelling older people: a community-based study in Japan. Aging & Mental Health. 2007; 11: 547-555.
11. Szukalski P. Aktywność zawodowa i plany odnośnie wieku przechodzenia na emeryturę. [w:] To idzie starość – polityka społeczna a przygotowanie do starzenia się ludności 2008. Dostępny pod adresem: http://www.zus.pl/files/dpir/20080930_To_idzie_starosc_polityka_spoleczna_wobec_procesu_starzenia.pdf, dostęp: 17.03.2012.
12. Dziegielewska M. Aktywność społeczna i edukacja w fazie starości. [w:] Szatur-Jaworska B, red. Podstawy gerontologii społecznej. Warszawa: Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR; 2006: 160-194.
13. Kozielec D, Trafialek E. Kształcenie na Uniwersytecie Trzeciego Wieku a jakość życia seniorów. Gerontologia Polska. 2007; 15(3): 104-108.
14. Kacprzak M. Edukacja seniorów priorytetem krajowym. Edukacja Ustawiczna Dorosłych. 2007; 2: 59-62.
15. Waszkiewicz L, Zatońska K, Połtyn-Zaradna K, i wsp. Uniwersytety Trzeciego Wieku jako jedna z form aktywności seniorów. Problemy Higieny i Epidemiologii. 2010; 91, sup. 1: 31.
16. Pilch T, Lęparczyk I. Pedagogika społeczna. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie ŻAK; 2003.
17. Łobocki M. Metody i techniki badań pedagogicznych. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”; 2000.
18. Kot SM, Jakubowski J, Sokołowski A. Statystyka. Warszawa: Dyfyn S.A.; 2011.
19. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2001.
20. Jachimowicz V, Kostka T. Satysfakcja z życia starszych kobiet. Ginekologia Praktyczna. 2009; 17(3): 27-32.
21. Wciórka B. Poziom satysfakcji życiowej Polaków w latach 1994-2004. Komunikat z badań, CBOS 2005. Dostępny pod adresem: http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2005/K_004_05.PDF, dostęp: 22.06.2012.
22. Halicka M. Rodzina – czynnik warunkujący satysfakcję życiową w starości. Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. 2004; XIV, 148: 289-295.
23. Zielińska-Więczkowska H, Kędziora-Kornatowska K. Determinanty satysfakcji życiowej w późnej dorosłości – w świetle rodzimych doniesień badawczych. Psychogeriatrics Polska. 2010; 7(1): 11-16.
24. Zielińska-Więczkowska H, Kędziora-Kornatowska K. Jakość starzenia się i starość w subiektywnej ocenie słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku. Gerontologia Polska. 2009; 17(3): 137-142.
25. Kaczmarszyk M, Trafialek E. Aktywizacja osób w starszym wieku jako szansa na pomyślne starzenie. Gerontologia Polska. 2007; 15(4): 116-118.

Praca przyjęta do druku: 15.03.2013

Praca zaakceptowana do druku: 28.06.2013